

MRI室入室に関する問診票

R5.8.1(改正)

問診日 年 月 日

氏名 _____ 様

検査に必要です。体重の記入をお願いします。 _____ Kg

下記の項目でチェックがある方は検査が出来ない場合があります。ご了承ください。

1. 過去に手術などした方はチェックを記入して下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 心臓の手術・カテーテル検査（ステント） | <input type="checkbox"/> 事故やけがで体内に金属片 |
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 歯の磁石インプラントや歯列矯正など |
| <input type="checkbox"/> 頭の手術（クリッピング、人工内耳等） | <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ（アジャストフィット） |
| <input type="checkbox"/> 手術（ボルト、プレート、人工関節等） | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |

2. 上記質問でチェックのある方におたずねします。

体内の金属は全て非磁性体ですか？（確認が取れない場合は、検査ができません）
いいえ はい
わからない

3. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）がありますか？
ある ない

4. 20～30分の間、検査台で仰向けになれますか？
いいえ はい

5. 妊娠の可能性はありますか？
ある ない

6. 刺青・タトゥーはありますか？（眉、アートメイクを含む）
ある ない

ある、いいえ、わからないに該当する場合は、撮影可否に関する主治医のコメント記載をお願いします。

主治医サイン： _____

下記物品は、MRI室に入室する前に、はずしてください（更衣室があります）

以下の項目で、身につけている物にチェックを記入してください

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 入れ歯 | <input type="checkbox"/> 補聴器 | <input type="checkbox"/> メガネ（義眼） |
| <input type="checkbox"/> 財布 | <input type="checkbox"/> 時計 | <input type="checkbox"/> 携帯電話 |
| <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ | <input type="checkbox"/> コルセット | <input type="checkbox"/> ヘアピン |
| <input type="checkbox"/> かつら | <input type="checkbox"/> 安全ピン | <input type="checkbox"/> ホッカイロ |
| <input type="checkbox"/> エレキバン | <input type="checkbox"/> シップ | <input type="checkbox"/> アルミ製の張り薬（ニトロダーム等） |
| <input type="checkbox"/> 貴金属類（指輪、ネックレス、イヤリング等） | <input type="checkbox"/> 吸湿発熱素材の下着（ヒートテック等） | |
| <input type="checkbox"/> 金属類の付いた衣類（ブラジャーの留め金、ズボンのホック等） | | |
| <input type="checkbox"/> 化粧、特に目のメイクアップ（マスカラ等）は、あらかじめ落としてください。 | | |
| <input type="checkbox"/> つけ爪、マニキュア（ジェルアート等）は、はずしてください。 | | |

※その他、何か身につけている場合や気になることがあればお知らせください。

問診者	確認技師